

فرم درخواست مکاتبات محرمانه

برای اینکه همه مکاتباتی که افشاکننده اطلاعات پزشکی یا حاوی نام و آدرس ارائه‌دهنده مرتبط با دریافت خدمات پزشکی هستند را در آدرس جایگزین یا به روش جایگزین دریافت کنید، این فرم را تکمیل کنید.

فرد تحت پوشش که درخواست ارسال مکاتبات محرمانه را دارد:

نام: _____

شماره پرونده پزشکی: _____ تاریخ تولد: _____

آدرس: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپ‌کد: _____

آدرس ایمیل (در صورت مصداق): _____

شماره تلفن: _____

لطفاً همه مکاتبات آتی را به آدرس ارائه‌شده در زیر ارسال کنید:

آدرس جایگزین: _____

شهر: _____ ایالت: _____ زیپ‌کد: _____

آدرس ایمیل جایگزین (در صورت مصداق): _____

شماره تلفن: _____

روش مکاتبه جایگزین (در صورت مصداق): _____

اگر سؤالی درباره این درخواست داشته باشیم، مایلید که چگونه با شما تماس بگیریم؟

می‌دانم که این درخواست تا زمانی که آن را لغو کنم یا درخواست جدیدی ارائه دهم، اجرا خواهد شد.

امضا: _____ تاریخ: _____

لطفاً درخواست تکمیل‌شده و امضاشده را به آدرس زیر برگردانید:

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. PO Box 939001, San Diego, CA 92193-9001.